

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 86

Contribution à l'étude
des
TROUBLES SENSITIFS
dans la
SCLÉROSE en PLAQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix PRALLET

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 27 Janvier 1900 à LAVAL (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

Contribution à l'étude
des TROUBLES SENSITIFS dans la SCLÉROSE en PLAQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 86

Contribution à l'étude
des
TROUBLES SENSITIFS
dans la
SCLÉROSE en PLAQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix PRALLET

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 27 Janvier 1900 à LAVAL (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURICQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie Interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		Etienne MARTIN.
Pharmacie		GOURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon),	
Puériculture et hygiène de la première enfance		
Chirurgie expérimentale		
Stomatologie		
		RHENTER.
		TAVERNIER.
		TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président ; CHALIER J., assesseur ;

DEVIC et GATE, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Son doux et pieux souvenir fut
toujours pour nous un grand sou-
tien.

A MON PÈRE A QUI JE DOIS CE QUE JE SUIS.

A MA SŒUR, A MES FRÈRES.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAÎTRES.

A MES JUGES.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS.

Nous sommes sensible au grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. DEVIC.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et ne nous a épargné ni son temps ni ses conseils.

Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant et tenons à l'assurer de notre vive gratitude.

Contribution à l'étude
des TROUBLES SENSITIFS dans la SCLÉROSE en PLAQUES

Introduction

La sclérose en plaques classique, décrite par Charcot, caractérisée par un ensemble de signes cliniques bien nets (tremblement intentionnel, embarras de la parole, nystagmus, etc.) n'apparaît plus aujourd'hui qu'à la période préterminale de cette affection grave et progressive du système nerveux.

Depuis quelques années, les auteurs signalent des formes de plus en plus variées, ceci grâce aux localisations différentes et nombreuses des plaques de sclérose, qui entraînent nécessairement une grande diversité des manifestations symptomatiques. Mais si, jusqu'ici, les cliniciens ont insisté sur certains tableaux cliniques, : paraplégie en flexion, paraplégie en extension, paraplégie, cérébello spasmodique ; si d'autres auteurs ont insisté sur les troubles cérébelleux (dysmétrie, asynergie, ataxie cérébelleuse) ou ont montré (Guillain et Lagrange) le début oculaire de certaines formes de sclérose en plaques (névrite rétrobulbaire, paralysie oculomotrice passagère), si d'autres, enfin, se sont particulièrement attachés à décrire les troubles

psychiques qui accompagnent l'évolution de cette maladie, peu de cliniciens jusqu'à ces dernières années, ont insisté sur les troubles de la sensibilité et, pour Charcot, « les troubles sensitifs ne font pas partie du tableau clinique de la sclérose en plaques. » (Charcot).

Cependant, MM. Dejenne et Thomas, dans leur traité classique des maladies de la moelle, tout en reconnaissant la rareté des troubles sensitifs, dans cette affection, signalent la possibilité de sensations d'engourdissement et même des crampes dans les jambes.

M. Long, en 1910, dans une série d'observations, montre que « la douleur existe presque toujours sous une forme ou sous une autre, et que parfois même, elle peut être le symptôme dominant du tableau clinique.

MM. Lépine et Froment ont signalé, dans plusieurs cas de sclérose en plaques, des troubles sensitifs objectifs et subjectifs.

M. Barré, à la réunion neurologique internationale de 1924 a nettement fait ressortir l'importance de ces troubles subjectifs.

MM. Bériel et A. Devic ont insisté, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, sur le fait qu'au début de l'évolution d'une sclérose en plaques, l'examen minutieux du malade montre d'une façon à peu près constante des troubles sensitifs. Ces auteurs ont démontré que ces troubles sont presque toujours caractérisés par une dysesthésie ou une paresthésie pouvant précéder pendant de nombreuses années l'apparition des troubles moteurs, et que l'on doit les rechercher cliniquement avec beaucoup de soins.

Plus rarement ces troubles sensitifs sont caractérisés

et se traduisent sous forme d'une hypoesthésie ou d'une hyperesthésie. Beaucoup plus rarement ce sont de véritables algies qui dominent la scène clinique : algies faciales, algies intercostales, etc., parfois même des douleurs à type fulgurantes, comme dans le tabès, des constriction thoraciques ou abdominales rappelant les radiculités.

Quelquefois aussi les malades se plaignent de crampes intenses qui donnent la sensation de la douleur ; d'autrefois, ce sont des sensations bizarres que le malade compare à des secousses électriques qui attirent l'attention du médecin.

Enfin, dans certaines formes très graves de sclérose en plaques, les signes sensitifs sont très marqués et certaines scléroses en imposent véritablement pour une myélite aiguë avec anesthésie complète de l'abdomen et des membres inférieurs, paraplégie flasque hypotonique, rappelant les signes d'une section physiologique de la moelle.

TROUBLES de la SENSIBILITÉ

Dysésthésie - Paresthésie

Très précoces, ces troubles existent presque toujours et on doit les rechercher avec soin. Ce sont parfois de petites sensations vagues ou indéfinissables que le malade aura oubliées de signaler, ou mieux, oubliées dès leur disparition.

M. Bériel insiste particulièrement sur l'importance de l'interrogatoire ; celui-ci doit être précis et patient, mais aussi prudent, car il faut se méfier de ne pas suggestionner le malade. On s'efforcera de l'amener habilement à se souvenir de tel ou tel petit trouble qui lui aura parfois paru insignifiant et qui n'en possédera pas moins une valeur parfois insoupçonnée pour le clinicien. « En somme, dans les formes frustes très fréquentes, le diagnostic se pose sur des bases légères, mais qui peuvent être solides, si le clinicien sait faire une appréciation exacte des petits signes » (Bériel).

Ces troubles subjectifs ne sont pas véritablement des phénomènes douloureux, il s'agit simplement soit d'une diminution de la sensibilité, soit plutôt d'une hallucination de cette sensibilité, c'est-à-dire de sensations anormales spontanées éprouvées en dehors de toute excitation. Ces troubles sont excessivement variables, presque toujours passagers et sont très nettement perçus par le malade, ils peuvent remonter à plusieurs années. Celui-ci déclare avoir éprouvé soit des vertiges, de la diplopie, des sensations de froid, de chaleur, d'engourdissement, de fourmillement, de mouillure de la peau. Celui-là éprouve la sensation d'un flot d'eau chaude ou froide, qui court sous la peau. Chez tel autre, c'est la sensation d'une boule qui voyage dans telle ou telle partie du corps. Pour un autre, enfin, c'est une sorte d'inquiétude dans les membres, parfois des vibrations qui se transmettent d'une extrémité d'un membre à l'autre. D'autres ont une impression de gonflement des membres ; parfois c'est une gêne passagère, un simple affaiblissement, une asthénie, une sensation de fatigue, une parésie plus ou moins prononcée accompagnant une baisse de l'acuité visuelle, une diplopie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, qui mettent le clinicien sur la voie du diagnostic.

M. Guillaïn cite un cas de paresthésie à forme de prurit sans aucune lésion cutanée objective.

Si ces troubles paresthésiques se manifestent généralement aux extrémités des membres, il n'est pas rare d'entendre cependant un malade se plaindre de constriction thoracique, de ceinture abdominale.

MM. Bériel et Devic ont insisté sur la précocité de

ces « petits signes », qui peuvent souvent dominer le tableau clinique et annoncer à eux seuls le début de la sclérose en plaques. Et ces auteurs ont publié et fait publier un certain nombre d'observations où les troubles sensitifs au cours de la sclérose en plaques sont particulièrement mis en évidence.

Dans une observation (communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon de MM. Grimaud et Malespine, 9 décembre 1913, n° 247, laboratoire de M. Bériel), il s'agit précisément d'une dysesthésie dans une sclérose en plaques. Cette malade avait fait un premier séjour dans le service de neurologie, en septembre 1909, se plaignant de crampes dans les extrémités digitales et de faiblesse dans les mains. Vers 1910, elle présente une ophtalmoplégie, et quinze jours après le début de cette paralysie oculo-motrice, la malade éprouva à nouveau des crampes ainsi que des fourmillements dans les mains, comme si, disait-elle, elle s'était endormie sur son bras ou sur sa main. Ces crampes apparaissaient le jour comme la nuit, et ne s'accompagnaient d'aucun phénomène vaso-moteur, ni d'aucune sensation douloureuse à proprement parler.

Pendant plusieurs mois, il lui arriva souvent de laisser tomber à terre des objets qu'elle tenait à la main ; elle ne pouvait faire sa toilette, ni son ménage ; on devait la chausser, l'habiller, la faire manger comme un enfant. Les sensations de piquûres, de contact de chaud ou de froid étaient conservées.

Dans une autre observation de M. Bériel, il s'agissait d'une femme de 28 ans, qui, en août 1917, a présenté au cours d'une promenade, une sensation de fatigue

dans les deux jambes, telle que la malade aurait été obligée de se coucher. Elle aurait encore présenté à ce moment des douleurs dans les membres inférieurs et un peu d'incontinence d'urine. La malade reprend son travail pendant un mois, mais, vers le 15 octobre, ces douleurs dans les tibias et ces sensations de fatigue la contraignent peu à peu à ne plus sortir de chez elle. Cette sclérose en plaques a évolué vers une paraplégie spasmodique, en extension, et encore, pendant cette période paraplégique, la malade présentait des sensations anormales de froid ou de crampes dans les jambes.

Dans une observation tirée de la thèse de Babinski (Paris, 1885), il s'agit d'une malade âgée de 35 ans, qui a présenté, deux ans avant l'installation du tableau clinique classique, de la sclérose en plaques, des douleurs dans les membres inférieurs. La malade a présenté une amélioration au bout d'un an et se croit guérie ; puis, de nouveau, les douleurs réapparaissent dans les membres inférieurs, mais exagérées, précédant de peu de temps les troubles cérébraux, la somnolence et la mort.

M. Alajouanine rapporte l'observation d'une dame âgée de 34 ans, dont l'histoire clinique est la suivante : début assez brusque (sclérose en plaques), après un avortement, par fourmillement, engourdissement des membres supérieurs. Installation rapide, six mois après, d'une paraplégie débutant par le membre inférieur droit.

M. Alajouanine a pu étudier dans son service, en novembre 1926, un homme de 38 ans, chez lequel le début de la sclérose en plaques a été caractérisé par une

phase de somnolence, ce malade s'endormait très facilement et ne pouvait guère résister au sommeil à la fin de la journée. Fatigabilité excessive. En même temps apparaissaient quelques troubles de la sensibilité : fourmillement, engourdissement au niveau des membres, céphalées fréquentes, vertiges.

MM. Bériel et Devic ont présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, le 22 juin 1926, l'observation d'une femme de 40 ans qui, après une période de somnolence et de diplopie, ayant duré quelques jours, présente une marche de plus en plus pénible, quelques difficultés de la miction et des douleurs sur la colonne dorsale, le sacrum et les crêtes iliaques.

Dans un autre cas, rapporté par M. Bériel, il s'agit d'un jeune homme de 22 ans (ceci se passait en 1915), qui fut pris brusquement de céphalée, de vomissements, de photophobie et, jusqu'en 1920, il n'existait que quelques crampes intermittentes dans les membres inférieurs, puis la paraplégie se développe.

Dans un autre cas, également observé par M. Bériel, le début se manifeste brusquement un matin par l'apparition inopinée de vertiges, de diplopie avec démarche ébrieuse.

Dans ces autres cas, les troubles sensitifs apparaissent comme symptômes primitifs et prédominants. (M. Bériel, *Lyon Médical*, 1924).

G... Jeanne, 19 ans, début brusque, à 14 ans, par faiblesse subite du membre inférieur droit, qui dure huit jours ; dans la suite, se développe une paraplégie spasmodique lente suivie de quelques troubles cérébelleux assez discrets.

R... Honorine, 27 ans, début brusque à l'âge de 13 ans par perte du sens stéréognosique au niveau des deux mains ; vers 16 ans, engourdissement et maladresse de la marche. Depuis l'âge de 20 ans, paraplégie progressive ; dans les trois mois qui précèdent l'entrée à l'hôpital : aggravation brusque de la paraplégie, crises de céphalées paroxystiques et diplopie passagère.

Ch... Edith, 25 ans. Othorée depuis l'enfance. A 15 ans, hémiplegie gauche avec impotence pendant six mois. Au cours des sept années qui suivent, il n'existe qu'un peu de faiblesse du membre inférieur gauche et quelques céphalées discrètes. Intégrité des membres supérieurs. Dans les trois années qui précèdent l'entrée à l'hôpital, aggravation lente, paraplégie, vertiges, douleurs vagues dans les membres, paresthésie puis signes cérébelleux.

M... Aimé, 25 ans. Début en 1912, à l'âge de 14 ans, par tremblement des mains, empêchant le malade d'écrire, sensation de picotement dans les pieds, le tout disparaît au bout d'un mois. En 1913, diplopie pendant quinze jours ; six mois après, céphalées intenses, maladresses des mains. En février 1915, augmentation des tremblements intentionnels. En 1917, crises comitiales indiscutables. De 1918 à 1921, amélioration. En 1921, paraplégie spasmodique intense et signes cérébelleux très accusés.

Troubles de la sensibilité thermique

Certains auteurs ont pu découvrir à l'examen clinique des troubles de la sensibilité thermique. MM. Guilain et Alajouanine (14 mai 1925) ont pu observer une malade de 35 ans qui présentait une sclérose en plaques chez laquelle, si l'exploration de la sensibilité montrait que le tact et la douleur étaient normalement perçus, il y avait des erreurs d'interprétation des sensations thermiques, surtout aux membres inférieur et supérieur gauches et particulièrement pour le froid.

Véritables douleurs

En parcourant cet ensemble d'observations, on ne trouve généralement pas de douleurs proprement dites et bien localisées ; pas d'anesthésie notable, mais, par contre, on rencontre fréquemment des dysthésies parfois à teintes douloureuses, qui seront plus ou moins perçues par l'individu, plus ou moins exprimées suivant sa susceptibilité particulière.

De plus, la topographie de ces dysesthésies ne sera pas très précise. Le malade parlera de ceinture, d'étau, de constrictions thoraciques ou abdominales, de gênes bizarres, un peu douloureuses, parfois des sensations plus pénibles viennent se surajouter : nous voulons parler des crampes, que nous étudierons plus loin. Mais il semble parfois, cependant, que la douleur plus nette, plus localisée, à topographie plus précise, permettra alors vraiment de parler de névralgies.

Névralgies

Ce sont les formes névralgiques sur lesquelles a insisté particulièrement M. Devic (*Journal de Médecine de Lyon*, 1927, page 63).

Ce sont parfois des névralgies faciales, se traduisant par des douleurs paroxystiques, les douleurs continues n'ont aucune acuité, c'est plutôt un endolorissement de la région envahie. Les douleurs paroxystiques constituent un véritable accès, éclatant, sans causes appréciables. Les secousses douloureuses dont l'acuité est parfois intense, se succèdent coup sur coup.

Ce sont parfois des névralgies intercostales, abdominales, ou des membres inférieurs que le malade qualifie de rhumatisme ou de sciatique. Parfois, ces douleurs des membres inférieurs sont dites fulgurantes, sillonnant les membres inférieurs par secousses successives, sous forme d'accès. D'autres fois elles rappellent les douleurs lancinantes et térébrantes du tabès, parfois elles siègent au niveau d'une jointure et donnent la sensation d'un cerclage ou d'un broiement.

Tout cet ensemble de douleurs que MM. Dejerine et Oppenheim ont présenté sous forme tabétique de la sclérose en plaques avec douleurs fulgurantes typiques chez des malades où les plaques intéressaient les racines postérieures et leurs prolongements intramédullaires, caractérise la radiculité de la sclérose en plaques.

MM. Guillain et Souques, à la réunion neurologique internationale de 1924, ont rapporté chacun plusieurs cas de radiculité scléreuse se manifestant par de la névralgie du trijumeau.

Nous citerons plusieurs observations :

1° Observation due à l'obligeance de M. Bériel :

P... Eloi, 52 ans, entre dans le service le 16 juin 1928. Père mort d'ictus répétés. Un frère ethylique, un autre

mort d'ictus. Opéré du goitre à 14 ans, typhoïde à 18 ans.

Entre pour une paraplégie ayant débuté en novembre dernier. Vers février 1927, il se plaint de douleurs à forme rhumatismale, dans la région lombaire : ces douleurs augmentées par les secousses et les trépidations, durèrent quatre à cinq mois. Ensuite, le malade ressentit quelques brûlures dans la plante des pieds. La démarche devient un peu saccadée, enfin, la faiblesse dans les jambes s'accentue. De novembre 1927 à janvier 1928, il marchait avec une canne ; à partir de janvier, il ne peut plus marcher sans béquilles. Pas de nystagmus. Réflexes rotuliens exagérés. Babinski, tremblement des mains à type cérébelleux.

Observation du Laboratoire de M. Bériel :

B... M., 35 ans, entre le 7 mai 1925. Il y a trois ans, il fut soigné dans un service hospitalier pour une parésie de l'avant-bras et de la main gauche. Pas de paralysie proprement dite. Un traitement électrique lui est institué et lui amène une amélioration progressive.

Mais, depuis lors, le malade accuse quelques malaises, des picotements dans le bras antérieurement parésié, de la lourdeur de la tête et quelques vertiges à l'occasion des mouvements.

Depuis le début de mars, il se plaint de douleurs dans les deux genoux, mais surtout à gauche. La douleur depuis a persisté mais surtout quand le malade marche, au repos il ne souffre pas. Depuis quinze jours environ, il est obligé de se soutenir avec une canne, soit à cause de la douleur dans la marche, soit à cause de la faiblesse des jambes.

Le malade accuse également des douleurs fugaces, jamais très violentes soit au niveau des lombes, soit au niveau des omoplates. Le bras est toujours le siège de fourmillements, et sa force musculaire est diminuée depuis quelque temps. La marche est hésitante, le malade traînant les pieds ; il s'habille maladroitement avec un certain tremblement dans tout le corps.

Pas de tremblement des mains, mais très léger de la langue, nystagmus bilatéral.

Paresthésies sous forme de picotements dans les membres inférieurs. Motilité passive normale, pas de signe de Lassègue ; la percussion du calcaneum n'est pas douloureuse.

Exagérations des réflexes rotuliens et achilléens, Babinski positif bilatéral.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Très légère adiadococinésie à gauche, dysmétrie nette du membre supérieur gauche.

Observation du Laboratoire de M. Bériel :

E..., 61 ans, antécédents névropathiques. L'affection actuelle paraît avoir débuté il y a deux ans, par des sensations de faiblesse dans les jambes, puis générale et progressive, sans douleurs, sans vertiges, ni troubles viscéraux. Mais depuis quelques mois, outre que la faiblesse paraît plus accentuée au niveau des membres inférieurs, apparaissent des sensations anormales de picotement au niveau des pieds, puis des douleurs donnant la sensation d'une striction en ceinture, peu douloureuse. De même dans les jambes, la malade dit avoir la sensation que « ses nerfs se gonflent ».

Pas de vertiges. Mouvements involontaires légers, irréguliers des extrémités. Babinski positifs, réflexes rotuliens exagérés. Adiadococinésie peu marquée. Dans la suite se développe une paraplégie.

L'association de ces troubles sensitifs à la paraplégie spasmodique entraîne presque inévitablement le praticien à penser à une compression médullaire. Et nous verrons plus loin, en étudiant leur valeur diagnostique, à quelles nombreuses difficultés se heurte parfois le médecin avant de parvenir à affirmer son diagnostic.

Les douleurs à forme de crampes

On peut rencontrer dans les différentes formes cliniques de la sclérose en plaques, des sensations de crampes. Si ces sensations de crampes sont très fréquentes dans la sclérose en plaques, ainsi que dans toutes les paraplégies spasmodiques, il est assez rare que ces crampes soient vraiment douloureuses.

Mais ces phénomènes « crampoïdes » très variables par leur durée et intensité, et qui ne sont pas douloureux par leur essence, peuvent dans certains cas présenter une telle acuité qu'ils en imposent au malade pour une véritable souffrance. La nature de ces crampes en fait un signe précoce de spasmodicité. Mais si elles n'ont pas été décrites par les classiques, elles n'en sont pas moins assez fréquentes ; M. Garrigues, dans sa thèse inspirée par M. Bériel, y fait allusion, et en donne même deux observations.

M. Devic en a publié plusieurs observations dans le *Journal de Médecine de Lyon*, 1927, page 63.

OBSERVATION (M. DEVIC)

Femme de 49 ans, antécédents personnels assez chargés. Il y a 24 ans, après un accouchement pénible, sciatique droite sévère, ayant amené une impotence de plus d'un an, et laissé un peu d'atrophie de la jambe (un centimètre). Depuis 10 ans, douleurs abdominales multiples, successivement mises sur le compte d'appendicite, de lithiase, etc. Ces douleurs se sont atténuées, mais, depuis dix mois ont apparu des douleurs dans le membre inférieur droit que la malade qualifie de rhumatismes et essaie de traiter de sa propre autorité par des bains résineux. Ces tentatives coïncident avec une augmentation brusque des douleurs.

A l'examen, août 1926, la malade se plaint avant tout de ses douleurs et se plaint de ses sciatiques. En réalité il existe une paraplégie spasmodique avec Babinski très net à gauche, douteux à droite. Exagération des réflexes rotuliens, mais abolition de l'achilléen gauche. Abolition des cutanés abdominaux, sensibilité obscure, sans anesthésie à proprement parler, jusqu'à la hauteur de Dx, très légère adiadococinésie, légers troubles sphinctériens. Devant la diffusion des symptômes du membre supérieur, on essaie de faire préciser le caractère de la douleur, ce qui est difficile, la malade étant un peu déficiente au point de vue psychique et hyperémotive. Pressée de questions, elle finit cependant par décrire ses douleurs non comme des né-

vralgies, mais comme des crampes. A la palpation on se rend compte que les régions qu'elle indique comme douloureuses, plus spécialement la face postérieure de la cuisse, sont celles dont les muscles sont dans un état de contracture extrêmement accusé. De même les mouvements qui sont douloureux sont ceux qui tendent à allonger les muscles ; ce qui simule un signe de Lassègue. Par contre, l'adduction est indolore, mais l'abduction est douloureuse par la contracture des abducteurs. (La ponction lombaire a été refusée par la malade).

OBSERVATION (M. DEVIC)

Femme de 28 ans. Douze frères et sœurs dont un frère atteint de sclérose en plaques. Une grossesse ; pas d'antécédents. Premier examen en avril 1923 ; présente à cette époque une paraplégie spasmodique avec maladresse de la main gauche, dysmétrie et adiadococinésie, quelques fourmillements dans les membres inférieurs.

Après diverses alternatives d'améliorations et d'aggravations, en juin 1926, la paraplégie est assez accentuée pour empêcher toute marche de plus de quelques mètres. En outre, la malade attire l'attention sur des douleurs d'apparition récente, siégeant aux membres inférieurs. L'examen montre très nettement que ces douleurs sont dues à des crampes musculaires sous l'influence de la contracture. La malade se présente habituellement avec une paraplégie en extension et la palpation montre que les muscles de la cuisse et du mollet sont extrêmement durs. La flexion du genou est

impossible spontanément, mais par la recherche des réflexes de défense, on provoque le triple retrait avec une facilité extrême; la malade déclare alors qu'elle ne souffre plus et, de fait, la palpation montre que les muscles sont dans un état de relâchement. Lorsque les membres inférieurs se remettent en extension, la malade souffre à nouveau, parfois même plus fort qu'avant le déclenchement du réflexe de défense et la palpation montre à nouveau l'état de contracture. La malade ayant de son propre chef et pendant quelques jours, pris de la strychnine, les douleurs augmentèrent notablement.

OBSERVATION (*résumé*) (Laboratoire de M. BÉRIEL)

M. L..., 37 ans, 1921. Début il y a 4 ans par céphalées violentes et diplopie. Puis amélioration des troubles oculaires, tandis qu'apparaissent des crampes dans les membres et de la raideur dans les jambes, de la maladresse dans les mains.

Aggravation progressive de ces différents symptômes. Actuellement paraplégie spasmodique avec nystagmus, tremblement intentionnel, adiadococinésie, Babinski, etc...

OBSERVATION (Laboratoire de M. BÉRIEL)

A... Marie, 50 ans. Date d'entrée, 7 juillet 1910. Début il y a un an, par des fourmillements dans les membres supérieurs. Ces fourmillements, que la malade qualifie de crampes, sont continuels et redoublent quand elle

met les mains dans l'eau froide. Elles n'ont pas cessé depuis un an.

Il y a deux mois, débutèrent des crises d'un caractère spécial qui se reproduisent parfois deux fois dans la journée ou restent deux à trois jours sans apparaître. Elles sont précédées d'une sensation de chaleur partant de l'épaule et se propageant jusqu'à la main, d'une durée de 2 à 3 minutes. Puis les deux membres supérieurs, surtout le gauche, sont agités de mouvements désordonnés, la malade lâche ce qu'elle a dans les mains et est obligée de s'asseoir; elle ne tombe pas. Le visage est agité, mais plus du fait de la douleur que du tremblement. Les crises qui débutent par une flexion du pouce durent cinq à dix minutes.

En août, elle se plaint de douleurs dans les membres inférieurs, comme dans les membres supérieurs.

Actuellement, 19 octobre 1910, elle se plaint surtout de sensation de faiblesse des membres inférieurs, plus marquée à gauche. Sensation de dérochement en même temps que douleurs dans les genoux, les jarrets et les mollets. Mais si elle est couchée ou assise, elle n'a aucune de ces sensations, sauf la nuit, quelques élancements. La marche est saccadée. Les réflexes tendineux sont nettement exagérés, le Babinski est positif.

Le 9 novembre, on assiste à une crise: la canne tombe tout à coup. La malade gémit, pleure et se plaint de douleurs partant de l'épaule et allant au bout des doigts, sous forme de picotements très douloureux. Les mouvements sont limités à de petites oscillations des mains avec un peu de flexion des avant-bras sur les bras. La crise peut durer 2 à 3 minutes.

Après la crise, simples picotements.

Depuis 15 jours, violentes douleurs dans la région sacrée s'irradiant dans la fesse et un pied et empêchant la marche.

L'évolution confirma le diagnostic de sclérose en plaques.

OBSERVATION (Laboratoire de M. BÉRIEL)

S. M..., 42 ans. Entre le 29 septembre 1927. Envoyé pour une paraplégie spasmodique. Début 1913, par paralysie de la jambe gauche. Guérison apparente. Réapparition des troubles en 1920. Aggravation brusque depuis six mois. Actuellement, paralysie complète des membres inférieurs. Pas de douleurs notables, mais le malade se plaint de crampes à formes douloureuses dans les deux jambes. Les membres inférieurs sont raides en extension. Babinski positif bilatéral.

Exagération des réflexes de défense et tendineux. Adiadococinésie et dysmétrie.

Faiblesse et raideur des membres supérieurs, à gauche surtout. Sensibilité troublée à tous les modes jusqu'à l'ombilic. Ponction lombaire décèle 0,41 d'albumine. Wasserman négatif.

Les douleurs crampoïdes, telles que nous les montrent ces observations, ne sont jamais d'apparition précoce, et cela se conçoit aisément, puisqu'elles nécessitent une grande intensité de contracture. Mais il est souvent très difficile d'individualiser ces crampes, car il est excessivement difficile de faire préciser au malade le caractère exact de la douleur qu'il ressent. Aussi,

le médecin devra-t-il insister particulièrement et chercher à provoquer une comparaison de cette douleur par le malade. En outre, il devra se faire désigner exactement les zones douloureuses, palper les muscles, faire effectuer aux membres des mouvements passifs, en un mot rechercher les contractures, puisque ces contractures semblent jouer un si grand rôle dans les douleurs à formes de crampes.

Douleurs à forme secousses électriques

A ces phénomènes crampoïdes que nous venons de signaler, peut se rattacher une sensation bizarre, difficile à décrire, que le malade assimile et compare à une brusque décharge électrique passant à travers le corps.

MM. Lhermitte, Bolak et Nicolas en avaient signalé un cas, chez un sujet que se plaignait de secousses violentes sur la nuque, puis d'une douleur qu'il comparait à celle produite par un courant électrique parcourant le corps en suivant la colonne dorsale, puis les membres inférieurs et ceci seulement quand le malade fléchissait la tête en avant. Ces auteurs avaient déjà remarqué cas semblables durant la guerre, à la suite des commotions de la moelle; et comme ils avaient constaté que dans les cas de commotion médullaire les lésions étaient purement localisées sur les gaines de myéline, alors que les cylindraxes étaient intacts, ils pensèrent qu'il en était de même dans ce cas de sclérose en plaques, et M. Lhermitte émit l'hypothèse ingénieuse que les fibres nerveuses, privées de leur gaine, ressentaient le contre-coup de la légère compression occasionnée par la flexion de la tête.

En 1927, MM. Roger, Reboul, Lachaux et G. Aymes en ont publié aussi des observations.

Enfin, en 1928, MM. Bériel et A. Devic en présentaient une observation non moins typique, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon. Il s'agissait d'un homme de 34 ans, dont les antécédents étaient entachés d'alcoolisme paternel et de paludisme contracté en Orient. En 1924, il remarque que l'œil droit voit comme dans un brouillard et surtout qu'en lisant, il ne peut distinguer que deux ou trois lettres à la fois. Un ophtalmologiste lui fit une série de cyanure de mercure; la vue s'améliore légèrement, mais le malade se plaint à cette époque d'avoir les jambes raides et faibles. Il est simplement traité de névropathe sans examen neurologique. Depuis, les troubles de la marche s'accusent lentement, les mains deviennent maladroites, surtout du côté droit; depuis quelques mois, ce syndrome est en légère rétrocession. Il y a un mois, est apparue du côté de la face et la partie interne des joues une sensation de peau cartonnée s'accompagnant d'hypoesthésie. Ces phénomènes disparaissent au bout de quinze jours. Depuis deux mois, le malade a remarqué que toutes les fois qu'il penche la tête en avant, il ressent depuis les crêtes iliaques jusqu'au bout des pieds une sensation de décharge électrique « comme s'il était soumis à la bobine de Rumkorff »; cette sensation apparaît pendant les mouvements de flexion: elle cesse dès que le malade arrête ce mouvement et il peut garder la tête légèrement fléchie, sans qu'elle reparaisse. Elle ne survient pas non plus dans les mouvements d'extension de la tête.

A l'examen, 18 novembre 1927, paraplégie spasmodique typique, permettant au malade de franchir seul une centaine de mètres, exagération des réflexes tendineux. Babinski bilatéral, abolition des cutanés-abdominaux à gauche, dysmétrie très nette au membre supérieur droit, moins nette à gauche, pas d'adiadococihésie, pas d'autres troubles sensitifs, troubles sphinctériens et génitaux. L'examen du fond d'œil montre une papille gauche un peu décolorée et au contraire une grosse décoloration du champ temporal de la papille droite. La vision de l'œil droit est nette, mais le malade ne peut toujours lire que quelques lettres à la fois.

Ces troubles à sensation de secousses électriques ne sont certes, pas très fréquents dans la sclérose en plaques, mais leur caractère exceptionnel est peut-être dû surtout au fait qu'ils n'étaient pas connus; car depuis que l'attention a été attirée sur ce symptôme, en quelque sorte nouveau, les neurologistes en ont publié quelques cas.

Anesthésie totale. Forme myélite aiguë

Si dans les formes précédentes, les différents troubles sensitifs sont légers et difficiles à dépister, par contre dans une forme clinique décrite par MM. Guillain et Marquëzy, ces troubles étaient des plus nets: anesthésie sous toutes ses formes aux deux membres inférieurs et à l'abdomen.

Dans la forme myélite aiguë, mode de terminaison de cette affection et décrite par MM. Guillain et Marquëzy, il s'agissait d'une sclérose en plaques évoluant par poussées et se traduisant par des troubles parétiques et spasmodiques des membres inférieurs; abolition des réflexes cutanés abdominaux, un léger tremblement intentionnel, troubles de la parole, etc., puis peu à peu une hypotonie des membres inférieurs, l'abolition des réflexes tendineux, une anesthésie sous toutes ses formes des membres inférieurs et de l'abdomen, incontinence des urines et des matières, etc. En somme on assista à la transformation d'une paraplégie spasmodique en une paralysie flasque hypotonique qui s'accompagnait des signes d'une section physiologique de la moëlle.

MM. de Massary et Meuvet dans la *Revue de Neurologie* de Mars 1927, rapportent une observation de ce genre dans un article intitulé : « Sérothérapie antitétanique, troubles parétiques, encéphalite léthargique et sclérose en plaques ». Il s'agit d'un malade de 27 ans, qui entre à Lariboisière le 9 juillet 1925, pour troubles parétiques succédant à une injection de sérum antitétanique ayant donné des accidents sériques (urticaire) et des troubles vagues de la motilité du membre inférieur gauche. Ce malade présentait une disparition de la sensibilité à tous les modes, puis peu à peu, s'est installée une démarche cérébello-spasmodique.

MM. Claude et Alajouanine ont présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, du 11 avril 1924, l'observation d'une sclérose en plaques dont la mort fut précédée par un syndrome de myélite aiguë.

MM. Sézary et Jumentié, à la réunion internationale de neurologie de 1924, tout en constatant la rareté de pareils cas, rapportent l'observation d'une femme de 50 ans qui, après avoir présenté une sclérose en plaques classique, avec tremblements intentionnels, adiado-cocinesie, dysmétrie, parole scandée, réflexes rotuliens exagérés, Babinski, etc., mourut en quelques jours d'un syndrome de myélite aiguë, avec hyperthermie, troubles sphinctériens, quadraplégie, troubles respiratoires, troubles trophiques, esquarres, anesthésie totale remontant jusqu'au sein.

Toutes les recherches de laboratoire faites avant et après la mort et les examens anatomo-pathologiques confirment qu'il s'agissait bien d'une sclérose en plaques, sans éléments microbiens visibles, surajoutés.

Pour M. Veraguth, ces formes aiguës, heureusement très rares, sont d'un diagnostic excessivement difficile, et il se demande s'il s'agit vraiment d'une sclérose en plaques ou « s'il s'agit d'une encéphalomyélite disséminée sui generis ».

Parfois l'évolution seule permet de trancher le diagnostic que nos méthodes d'exploration cliniques n'ont pas permis de déceler.

Autres troubles de la sensibilité

1° SENSIBILITÉ OSSEUSE

Déjà signalés par Frend, puis Claude et Egger, 1906.

Les troubles de la sensibilité osseuse surtout localisés aux extrémités des membres, sont légers et variables. Ils seraient plus fréquents et plus marqués au niveau des membres inférieurs et au niveau de l'os iliaque, d'après M. Guillaïn.

2° ASTÉROGNOSIE

L'astérogносie a été mentionnée par quelques auteurs et M. Marquезу en aurait notamment signalé quatre cas, variables, d'ailleurs, d'un jour à l'autre, et même en cours d'examen.

Elle paraît néanmoins très rare.

Valeur diagnostic des troubles sensitifs

Des rapports de MM. Guillain et Veraguth à la réunion internationale de neurologie de 1924, il ressort que, hormis la forme de Charcot, considérée actuellement comme la plus rare, voire exceptionnelle, la sclérose en plaques, dans ses variétés nombreuses, peut simuler les maladies les plus diverses, en particulier l'hystérie et les compressions médullaires.

MM. Barré, Piltz, Roger, de Marseille ; Thomas, à la même réunion, ont insisté sur l'importance des troubles sensitifs pour l'établissement du diagnostic.

Hystérie et sclérose en plaques

L'ignorance ou la mauvaise interprétation de ces troubles sensitifs peuvent conduire le praticien à de graves erreurs.

Pendant longtemps, ces paresthésies furent mises sur le compte de l'hystérie et l'association sclérose en plaques et hystérie était devenue une notion presque classique.

Ces troubles sensitifs sont, en général, si vagues, si fugaces, si variables et si passagers que le malade lui-même, bien qu'il les perçoive très nettement, éprouve de la difficulté à les analyser, à les décrire parfois même à les localiser exactement. Aussi, devant une énumération de troubles si nombreux, si vagues, si mal caractérisés, le praticien a tendance à considérer son malade comme un névropathe.

On peut trouver en outre, chez certains polysclérotiques des anomalies psychiques, du changement de caractère, des troubles oculaires, des syncopes, du maniérisme, de la puérilité, de l'exaltation ou de l'abattement, de l'hypéremotivité ou suggestibilité excessives, autant de signes qu'on rencontre dans les névroses et qui rendront parfois le diagnostic délicat.

La méprise est d'autat facile, comme le fait remarquer M. Bériel, qu'il s'agit souvent de jeunes femmes chez lesquelles on peut même parfois noter une exacerbation de ces troubles au moment de leurs règles.

Il n'est pas douteux que la sclérose en plaques peut se greffer sur un état névropathique antérieur, et, en outre, les auteurs ont signalé dans cette maladie, des formes pseudo-névropathiques ou pithiatiques et même des formes mentales ou psychiques, d'ailleurs bien différentes. M. Bériel a insisté tout particulièrement sur ces formes névropathiques, dont les symptômes prédominant se caractérisent par des troubles vagues qu'il est difficile d'objectiver correctement, car ils sont le résultat d'une association sensitivo-motrice se traduisant par des malaises variables, fugaces et diffus, qu'il est

excessivement difficile au malade de décrire avec précision.

La ressemblance des symptômes est grande et l'erreur facile. Cette erreur résulte ordinairement soit d'un défaut d'examen approfondi et répété, car un seul examen ne saurait suffir, soit de ce qu'il peut exister des symptômes précurseurs, en apparence seulement, pithiatiques. Mais, parfois même, l'examen, aussi minutieux soi-il, ne permet de révéler aucun trouble d'organicité. Le diagnostic devient alors délicat.

M. Bériel rapporte à ce propos, le cas d'une malade atteinte de sclérose en plaques qui présentait une marche hésitante ; cette malade oscillait lorsqu'elle changeait de direction, ou se tenait sur un pied ; son allure générale était maniérée et elle accompagnait d'interjection et de jeux de physionomie ou même d'interprétations verbales exubérantes, toutes ces hésitations.

Il est difficile dans de pareils cas de dissocier parmi ces troubles vagues la part qui revient à la lésion organique et de leur accorder une valeur cérébelleuse, aussi l'erreur est-elle fréquente.

M. Gothard Soderberg (Suède), à la réunion internationale de neurologie de 1924, rapporte l'observation d'une jeune femme de 23 ans, atteinte de sclérose en plaques et chez la quelle le début fut marqué par des parsthésies très vagues ; elle présentait en outre une légère démarche cérébello-spasmodique, mais sans aucun signe organique net, aussi fut-elle considérée comme pithiatique et soumise à la suggestion et à la faradisation.

Chose extraordinaire, ce traitement parut donner d'heureux résultats, et la malade se remit à marcher normalement. Cette guérison apparente fut à plusieurs reprises entrecoupée de rechutes que la suggestion serait parvenue également à guérir. Mais ces résultats ne furent que passagers, et le diagnostic de sclérose en plaques fut confirmé par la suite.

M. Charles Dubois, à la même réunion de 1924, cite également une erreur plus typique encore : il s'agissait également d'une jeune malade atteinte de sclérose en plaques, mais à forme névropathiques, si bien que son entourage lui menait une vie un peu dure à cause de ces soi-disant « troubles imaginaires » et outre qu'elle fut soumise à la psychanalyse elle fut astreinte aux exercices violents, comme le ski.

D'autres auteurs ont cité des cas de crises épileptiformes chez des polysclérotiques qui auraient été traités comme de l'épilepsie essentielle.

Sans doute certains prétendent que l'exagération des réflexes tendineux est un signe en faveur de la sclérose en plaques, mais ce fait est également banal et fréquent dans les névroses.

Le signe de Babinski présente une importance beaucoup plus considérable ; mais il peut parfois faire défaut, ou disparaître temporairement dans la sclérose en plaques la plus typique.

Mais c'est alors que les « petits signes » sensitifs sur lesquels MM. Bériel et Devic ont insisté, prendront toute leur importance dans l'établissement du diagnostic. Souvent l'abolition des réflexes cutanés abdominaux précèdent l'apparition du signe de Babinski et a une valeur diagnostique.

Seule, en effet, par l'interrogatoire précis et minutieux la découverte des paresthésies (celles-ci peuvent être très vagues) dans les mois ou même les années qui ont précédé, permettent de redouter et de dépister l'évolution de la sclérose en plaques, bien longtemps avant l'apparition des troupes cerbello-spasmodiques.

Et M. Guillain déclare avoir pu, grâce à ces « petits signes », faire précocement le diagnostic de sclérose en plaques chez des sujets qui ne présentaient que des troubles oculaires ou une simple surréflexivité tendineuse et chez lesquels le diagnostic fut confirmé par l'évolution ; et nous pensons avec M. Bériel qu'ils peuvent être d'un grand secours pour le clinicien, si celui-ci sait faire une appréciation exacte de leur valeur.

Compressions médullaires et sclérose en plaques

Sans doute, l'exagération des déflexes de défense sur laquelle ont tablé beaucoup d'auteurs pour établir le diagnostic de pollysclérose, conserve-t-elle une grande valeur. Mais elle est souvent aussi une cause d'erreur, car on a beaucoup trop tendance à la considérer comme un signe pathognomonique de lésion médullaire transverse par compression.

Et si à cette surefflexivité de défense s'ajoutent de la paraplégie spasmodique ou des troubles sensitifs, l'erreur est presque inévitable pour le praticien peu averti.

Nombreux sont en effet les cas où la sclérose en plaques, à un moment de son évolution, donne l'apparence d'une compression.

Nous en citerons plusieurs observations : dans la première, de M. Bériel, publiée dans la thèse de M. Garrigues (Lyon, 1923) n° 549 du laboratoire), il s'agit d'une femme de 28 ans, Mme M..., sans antécédents personnels, ni alcoolisme, ni syphilis reconnue, mais dont l'hérédité était un peu chargée (père mort à 62 ans, artéro-scléreux, mère pleurésie vers 30 ans, une sœur : ostéomyélite du tibia). Chez cette femme, la maladie aurait débuté par une sensation de fatigue intense dans les membres inférieurs, en août 1917, puis apparition de douleurs dans ces membres et même un peu d'incontinence d'urine, la malade fut obligée de s'aliter. Amélioration passagère d'un mois, et, vers le 15 octobre, reprise des douleurs et de la sensation de fatigue telles que la malade est contrainte à ne plus sortir. En janvier 1919 : marche difficile, jambes raides avec un peu d'incoordination et grande lassitude au bout de quelques pas. Fatigue rapide également au niveau des membres supérieurs.

L'examen montre : des réflexes achilléens et rotuliens très exagérés ; clonus du pied et de la rotule, Babinski en extension. Un peu d'incontinence d'urine. Pas de troubles de la sensibilité tactile ou thermique, pas de déformation rachidienne ; point douloureux net sur D8 ou D9, rien à la radiographie. Wassermann négatif, liquide céphalo-rachidien normal.

Avril 1919 : mêmes signes à l'examen. Amélioration fonctionnelle considérable. Novembre 1919 : l'amélio-

ration persiste ; la malade marche mieux, mais se fatigue plus rapidement et par moment « est comme bloquée » ; cette inhibition totale et brusque cesse d'ailleurs subitement. Mêmes signes à l'examen.

15 décembre 1919 : les traitements spécifiques n'ont rien donné. La marche est devenue presque impossible. L'examen montre des réflexes tendineux plus forts à gauche qu'à droite, léger tremblement intentionnel. Les troubles sphinctériens semblent un peu augmentés, constipation ; mictions impérieuses très fréquentes. Pas de nystagmus, pas de troubles de la parole. Douleurs, sous forme de brûlures passagères dans les genoux et les jambes. Même point douloureux dorsal.

Le 7 janvier 1922, la malade présentait une paraplégie spasmodique en extension, absolument pure sans aucun trouble du côté des mains, avec seulement quelques troubles urinaires (miction impérieuses, incontinence). Pas d'anesthésie, sensations anormales du froid ou de crampes dans les jambes. Le diagnostic de sclérose en plaques est porté, malgré les troubles urinaires précoces et les douleurs.

Les troubles urinaires devinrent tels par la suite que la malade dut être dirigée sur un service d'urologie, où, devant un tableau clinique tel on pensa à une compression médullaire, et il fut même question d'une intervention. Ce qui motiva une consultation. Mais, comme toutes les recherches de ce côté là avaient été faites dans le service de neurologie, le diagnostic de sclérose en plaques fut maintenu.

Mai 1922. La malade retourne dans le service de neurologie. La paraplégie en flexion et l'hypersmadi-

nodicité sont de plus en plus marqués. Exagération des réflexes de défense. Pas de troubles nets de la sensibilité. Troubles trophiques : grosse esquarre au niveau du sacrum, avec décollements infectés et collections suppurées qui rappellent l'abcès froid, esquarres des talons et des genoux. Décès en juin 1922. A l'autopsie, le diagnostic est confirmé par la découverte de nombreuses plaques scléreuses histologiquement très bien caractérisées.

OBSERVATION (M. DEVIC, *Journal de Médecine de Lyon*, 1927)

Femme de 45 ans. Premier examen en novembre 1922. Antécédents sans intérêts. Il y a deux ans, pendant une période de surmenage physique, la malade ressent quelques douleurs dans les membres inférieurs, douleurs qui s'exagèrent brusquement au cours d'une marche d'un quart d'heure environ.

Les jours suivants, les phénomènes douloureux diffusent, s'étendent à tout l'abdomen, sans aucun rapport avec l'alimentation. Ces douleurs sont assez intenses pour que la malade garde le lit, il semble qu'il y soit déjà surajoutés des troubles moteurs, mais il est impossible de le faire dire expressément à la malade.

Au bout de deux mois, la marche redevient possible, mais il persiste des douleurs profondes, presque continues, dans les membres inférieurs et l'abdomen. Ces douleurs dominaient tellement le tableau clinique que tous les médecins alors consultés furent uniquement préoccupés par l'examen abdominal et gynécologique,

et pourtant, depuis quelque temps, la malade se plaignait de faiblesse dans les membres inférieurs. L'examen neurologique montre des signes extrêmement complets de paraplégie spasmodique : exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, Babinski, abolition des réflexes cutanés-abdominaux, exagération des réflexes de défense. La force musculaire est fortement diminuée, à droite, principalement. En plus des douleurs il existe des troubles de la sensibilité objective, mais il s'agit plutôt de nuance que de déficit vrai. Ces phénomènes prédominent aussi du côté droit : les frôlements légers ne sont pas perçus, le chaud paraît moins chaud ; le malade ne peut pas reconnaître les dessins que l'on trace sur sa peau avec la tête d'une épingle. La limite supérieure de cette hypoesthésie est très difficile à situer ; elle siège à peu près au niveau des dernières côtes. Pas de signes cérébelleux. Ponction lombaire : liquide normal à tous points de vue.

L'intensité des douleurs tendait à faire admettre une compression médullaire ; mais la défiance est née du fait que les troubles sensitifs et les troubles moteurs prédominent du même côté. Les résultats de la ponction lombaire et en particulier l'absence d'hyperalbuminose, même légère, ont fait renoncer à la compression médullaire.

Quelques mois plus tard apparaissait très nettement le premier signe cérébelleux au niveau des membres inférieurs ; peu après, du nystagmus, puis une paralysie du droit interne gauche et la grande diffusion du processus et l'évolution suivie jusqu'en 1925 ne fit que confirmer le diagnostic.

Ces deux observations et le rapport de M. Barré à la réunion internationale neurologique de 1924, nous montrent que l'apparition de phénomènes douloureux ne doit pas faire rejeter d'emblée le diagnostic de sclérose en plaques. Ils nous montrent en outre le problème délicat que le praticien aura à résoudre devant de semblables douleurs. L'erreur grave serait de méconnaître une tumeur dont le chirurgien pourrait venir à bout, ou de risquer sur une sclérose en plaques une intervention qui ne ferait que précipiter la fin du malade.

Le diagnostic est souvent très difficile, bien que certains auteurs prétendent que l'évolution progressive et l'exagération des réflexes de défense seraient en faveur de la compression médullaire.

Mais ces signes sont loin d'être pathognomoniques, car, d'une part l'évolution des tumeurs méningées peut être excessivement longue, et, d'autre part, l'exagération des réflexes de défense peut se retrouver dans la sclérose en plaques.

Cependant un point semble important et digne d'attirer l'attention du clinicien : c'est l'interprétation du double groupement symptomatique : segmentaire d'une part, médullaire de l'autre (bande d'anesthésie ou hypoesthésie, abolition isolée mais nette d'un réflexe tendineux, point douloureux névralgique fixe, atrophie localisée à un groupe musculaire ; on arrive à établir le diagnostic si on parvient à retrouver dans l'anarchie clinique, des éléments qui s'ajustent sans effort dans leur répartition topographique, suivant leurs localisations supposées ». (Bériel).

Dans cette « anarchie clinique », l'étude des troubles

sensitifs, grâce à leurs variétés, à leur nombre et à leurs nuances, peut compter parmi les plus nécessaires pour aboutir à la double interprétation des symptômes. « En pratique, on doit toujours déceler ou attendre quelques troubles objectifs ou subjectifs de la sensibilité pour avoir une certitude suffisante de celles qui imposent une intervention » (MM. Bériel et Devic).

Il importe en outre de savoir que dans les compressions médullaires, les douleurs sont souvent très violentes et constantes, alors que dans les cas de paraplégie douloureuse les symptômes sont souvent malaisés à préciser, ce sont surtout des troubles à tendance douloureuse (dysesthésie), ou des douleurs avec rémissions. La diffusion des signes sensitifs dans le présent et dans le passé et l'état normal du liquide céphalo-rachidien (absence d'hyperalbuminose même légère) imposent le diagnostic de sclérose en plaques,

Conclusions

1° Les troubles sensitifs sont assez fréquents au cours de la sclérose en plaques. Ces troubles n'ont pas été décrits par les auteurs classiques, du fait de leur peu d'intensité.

Il s'agit dans l'immense majorité des cas de dysesthésie, de paresthésie, quelques fois de troubles de la sensibilité thermique.

2° Ces troubles doivent être recherchés avec soin et on doit interroger le malade avec beaucoup de méthode, car l'apparition de ces troubles sensitifs, associés parfois à des troubles psychiques, à des troubles oculaires, etc., peuvent permettre de songer à la sclérose en plaques bien longtemps avant l'apparition et l'installation du tableau clinique classique.

3° Parmi ces troubles sensitifs, il y a deux formes qui semblent assez particulières à la sclérose en plaques, ce sont les crampes douloureuses et les sensations de secousses électriques.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
LE DOYEN,	NICOLAS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 18 Avril 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- BARRÉ. — Les douleurs dans la sclérose en plaques. *Revue Neurologique*, 1924, I, p. 703.
- BÉRIEL. — Les formes névropathiques de la sclérose en plaques, *Lyon Médical*, 1924, II, p. 282.
- BÉRIEL. — Modes de débuts de la sclérose en plaques, *Lyon Médical*, 1923, p. 1075.
- BÉRIEL. — Evolution des scléroses médullaires. *Lyon Médical*, 1924, I, p. 24-439.
- BÉRIEL. — sclérose en plaques. *Lyon Médical*, 1924, II, p. 282.
- BÉRIEL. — Diagnostic élémentaire des tumeurs utra-rachidiennes, Lyon, 1921.
- BÉRIEL. — Un point de neurologie pratique. La sclérose en plaques et diognostique des paraflégies. *Journal de Médecine de Lyon*, 1920, 5 février, p. 65.
- BÉRIEL. — Valeur diagnostique des troubles de la sensibilité dans les compressions médullaires, en particulier dans les compressions par tumeur. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1923, p. 363.
- BÉRIEL. — Diverses notions sur les troubles de la sensibilité dans les compressions médullaires. *Revue de Neurologie*, Paris, 1923.
- BÉRIEL. — Tumeurs intra-rachidiennes. *Lyon Médical*, 1924, I, p. 593-635 ; II, p. 282, 819, 150, 628, 678.

- BÉRIEL. — Symptômes cerebello spasmodique par tumeurs intra-crâniennes. *Lyon Médical*, II, 1924, p. 709.
- BÉRIEL et DEVIC. — Tumeurs intrarachidiennes, *Lyon Médical*, 1922, p. 777-776. — 1923, p. 605-611-614-1121. — 1924, II, p. 716-819, 150-154.
- BÉRIEL et DEVIC. — Troubles de la sensibilité dans les compressions médullaires. *Revue Neurologique de Paris*, 1923.
- BÉRIEL et DEVIC. — Tumeurs intrarachidiennes. Diagnostic avec les maladies de la moëlle. En particulier avec la sclérose en plaques.
- BÉRIEL et DEVIC. — Tumeurs intrarachidiennes. Diagnostic avec les maladies de la moëlle. En particulier avec la sclérose en plaques.
- BÉRIEL et DEVIC. — Evolution des scléroses médullaires. *Lyon*, 1923.
- DEVIC. — Les formes douloureuses de la sclérose en plaques. *Journal de Médecine de Lyon*, 1927, p. 63.
- BARRÉ. — Troubles sympathiques de la sensibilité dans les compressions modullaires. *Presse Médicale*, 1923.
- BABINSKI. — Etude anatomique et clinique de la sclérose en plaques. *Trèse de Paris*, 1886.
- BABINSKI. — Paraflégie spasmodique avec contractures en flexion. *Société Neurologie*, Paris, 12 janvier 1911.
- ACHARD. — Scléroses en plaques. *Journal des Praticiens*, mai 1922, p. 306.
- ACHARD et THIERS. — L'examen du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques. *La Médecine*, février 1923, p. 330.
- GUILLAIN et MARQUEZY. — Unjélite aiguë thermale. Anesthésie totale. *Journal de Médecine Hôpitaux de Paris*, mai 1924.

- CLAUDE. — Un cas de sclérose en plaques avec astérognosie, syndrome Brown Sequard et inégalité des réflexes de défense. *Société Médecine de Paris*, 5 décembre 1913.
- DEJERINE. — Sclérose en plaques à forme paraplégique. *Journal de Médecine et Chirurgie Pratique*, 10 décembre 1913.
- GUILLAIN. — Considérations cliniques sur la sclérose en plaques. *Société Médicale des Hôpitaux*, Paris, 5 novembre 1920.
- GUINAND et MOLESJINE. — Sclérose en plaques à lésions tendues et à symptômes frustes. *Société Médicale des Hôpitaux*, Lyon, 9 décembre 1913, p. 1069.
- FULLER, KLOPP, JORDAN. — Formes frustes de scléroses multiples. *New England Medical Gazette*, 1913, p. 467.
- Charles DUBOIS. — Sclérose en plaques et hystérie. *Revue Neurologique*, 1924, I, p. 739.
- GUARRIGUES. — Contribution au diagnostic de la sclérose en plaques. *Thèse*, Lyon, 1923.
- GUILLAIN. — Rapport sur la sclérose en plaques. *Revue Neurologique*, 1924, II, p. 56.
- LONG. — Quelques remarques sur les formes cliniques de la sclérose en plaques, 30 avril 1910.
- SODEBERG. — Sclérose en plaques et pythiatisme. *Revue Neurologique*, 1924, I, p. 736.
- A. THOMAS. — Symptômatologie de la sclérose en plaques. *Lyon Médical*, 1928, p. 559.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ	11
Dysesthésie - Paresthésie	11
Troubles de la sensibilité thermique	17
Véritables douleurs	19
Douleurs à forme secousses électriques	31
Anesthésie totale. Forme myélite aiguë	35
Valeur diagnostic des troubles sensitifs	39
Conclusions	51
Bibliographie	53

